



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Sentimientos de soledad y síntomas depresivos presentes en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia COVID-19. Cuenca, 2020

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autor:

Wilson Esteban Muñoz Vega

CI: 0104807276

Correo electrónico: wilson_emv@hotmail.com

Directora:

Dra. Eva Karina Peña Contreras

CI: 01035553251

Cuenca, Ecuador

26-abril-2021



Resumen

La soledad y depresión son problemáticas altamente prevalentes durante la pandemia COVID-19, generando dificultades en la salud mental de la población en general, debido a un drástico cambio en el estilo de vida que han representado el aislamiento, y el distanciamiento social, siendo de importancia para este estudio los estudiantes universitarios quienes han debido dejar la asistencia presencial para recibir sus clases de “forma segura” desde el hogar. Los adultos jóvenes y estudiantes universitarios se presentan como grupos vulnerables a la depresión y soledad. El objetivo de esta investigación es determinar si existe una relación significativa entre los niveles de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia COVID-19. Para esto, se utilizaron los instrumentos de medición de la Escala de Soledad De Jong Gierveld y el Inventario de Depresión de Beck II, además de una ficha sociodemográfica elaborada para este estudio, para profundizar en algunas variables individuales como edad, género, estado civil, ciclo que cursa y personas con las que convive. El estudio es cuantitativo, de alcance correlacional y diseño no experimental, en el que se contó con 332 adultos jóvenes estudiantes. Los resultados mostraron un nivel moderado en promedio, de sentimientos de soledad, mientras que los síntomas depresivos se ubicaron en niveles leves, se observó a la vez una correlación moderada entre los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos. Se concluye que existe una relación significativa entre sentimientos de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes.

Palabras Clave: Soledad. Depresión. COVID-19. Adultos jóvenes. Estudiantes universitarios.



Abstract

Loneliness and depression are highly prevalent problems during the COVID-19 pandemic, generating difficulties in the mental health of the general population due to a drastic change in lifestyle that isolation and social distancing have represented; being of importance for this study is university students who have had to leave attending classes to receive their classes "safely" from home. Young adults and university students are more vulnerable to suffer from depression and loneliness. This research aims to determine if there is a significant relationship between the levels of loneliness and depressive symptoms in Psychology students at the University of Cuenca during the COVID-19 pandemic. For this, the De Jong Gierveld Loneliness Scale measuring instruments and the Beck II Depression Inventory were used; in addition to a sociodemographic record prepared for this study, to delve into some individual variables such as age, gender, marital status, a cycle that it attends and people with whom it lives. The study is quantitative, with a correlational scope and a non-experimental design, which included 332 young adult students. The results showed a moderate level, on average, of feelings of loneliness, while depressive symptoms were located at mild levels; at the same time, a moderate correlation was observed between the levels of feelings of loneliness and depressive symptoms. It is concluded that there is a significant relationship between feelings of loneliness and depressive symptoms in students.

Keywords: Loneliness. Depression. COVID-19. Young adults. College students.



INDICE

Resumen.....	1
Abstract	2
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
PROCESAMIENTO METODOLOGICO	17
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS CITADAS	33
ANEXOS	38
Anexo 1	38
Anexo 2	39
Anexo 3	43
Anexo 4	44

Índice de Tablas

Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	24
Tabla 7.....	25
Tabla 8.....	26
Tabla 9.....	27
Tabla 10.....	27
Tabla 11.....	28
Tabla 12.....	29
Tabla 13.....	30



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Wilson Esteban Muñoz Vega en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Sentimientos de soledad y síntomas depresivos presentes en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia COVID-19. Cuenca, 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 26 de Abril del 2021

Wilson Esteban Muñoz Vega

C.I: 0104807276



Cláusula de Propiedad Intelectual

Wilson Esteban Muñoz Vega, autor del trabajo de titulación "Sentimientos de soledad y síntomas depresivos presentes en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia COVID-19. Cuenca, 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 26 de abril del 2021

Wilson Esteban Muñoz Vega

C.I: 0104807276



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

PANDEMIA COVID-19 Y EFECTOS EN LA POBLACIÓN

La OMS (2020) declaró el pasado 11 de marzo del 2020 la pandemia por COVID-19 en todo el mundo. Esto implicó la adopción de medidas de emergencia que pretenden evitar la expansión del virus, las cuales llevaron a un cambio en el estilo de vida que se llevaba hasta el momento, por lo que también la población se vio obligada a adaptarse al nuevo escenario, lo que ha traído consecuencias en la salud mental de la población general, lo cual puede explicarse por un constante estado de incertidumbre respecto al futuro, temor por la propia vida y la falta de recursos, tanto materiales como psicológicos, para enfrentar la adversidad (Pfefferbaum y North, 2020).

Desde el inicio de la pandemia, la preocupación por la salud mental ha tomado relevancia debido al incremento de problemáticas relacionadas con la misma, que se han presentado tanto en individuos con patologías preexistentes como para individuos sanos (Kirzinger et al., 2020). Este impacto en el bienestar de los individuos se relaciona, entre otros factores, con cambios en el estilo de vida que implican las medidas adoptadas relacionadas con el confinamiento y distanciamiento social, las cuales han generado mayores indicadores de soledad, estrés psicosocial y una menor satisfacción con la vida (Benke, Autenrieth, Asselmann y Pané-Farré, 2020). Esto está relacionado con estados de estrés, depresión y ansiedad en adultos, aunque se han identificado ciertos factores de riesgo, como pertenecer a la etapa de la adultez emergente, vivir solo, ser soltero, divorciado o separado (Benke, Autenrieth, Asselmann y Pané-Farré, 2020).

Se ha visto que los adultos jóvenes tienen una predisposición mayor a desarrollar problemas mentales como la depresión y ansiedad durante la pandemia, lo cual puede responder a las características de esta etapa de transición en varias áreas de su vida, dificultadas por la pandemia y se ha mencionado como uno de los principales coadyuvantes para esto a la soledad (Lee, Cadigan y Rhew, 2020), que puede resultar también como consecuencia de la propia etapa de desarrollo que se encuentran atravesando (Papalia et al., 2017).

La adultez emergente se ha mostrado como una etapa crítica de desarrollo, debido a que es el paso desde la adolescencia hacia los inicios de la adultez, aunque no posee todos los elementos que caracterizan la adultez conlleva, tal como la independencia y responsabilidad



totales de su propia vida, lo que puede generar estados de confusión e incertidumbre, ya que se buscará explorar posibilidades y establecer cambios de vida que sirvan para cimentar su vida adulta en adelante, lo cual puede resultar en un proceso de descubrimiento en ocasiones frustrante, siendo la universidad uno de estos eventos más importantes y más frecuentes durante esta etapa (Papalia et al., 2017).

Los primeros años de la vida universitaria constituyen un período de adaptación debido a los múltiples cambios en el estilo de vida de los estudiantes, desde la adopción de nuevas responsabilidades que requieren una adecuación en las actividades diarias, la búsqueda de una identidad tanto académica como social y la integración de nuevos roles; esta adaptación puede generar estados de vulnerabilidad psicológica en los estudiantes, especialmente en los primeros años (Conley, Kirsch, Dickson, y Bryant, 2014). A pesar del posible declive en la salud mental de los estudiantes debido a la necesidad de ajuste, se ha observado que estos cambios desembocan en mejoras en cuanto a habilidades de tipo cognitivo, emocional y social, especialmente después de los primeros dos años de la universidad, destacando la importancia fundamental de este período en el desarrollo de los individuos (Conley, Shapiro, Huguenel, y Kirsch, 2018).

La experiencia universitaria en la adultez emergente se muestra como una experiencia relevante en el desarrollo social, ya que las relaciones con los pares pueden funcionar como redes de apoyo para sobrellevar varias dificultades presentes en la vida universitaria, y estos grupos sociales toman mayor importancia ya que pasan a tener una presencia estelar en la vida de los jóvenes adultos que, frecuentemente, forman nuevos vínculos con nuevas personas al entrar en esta etapa, dejando atrás las amistades ya formadas en la adolescencia, en ocasiones debido a la dificultad de seguir manteniendo estos lazos de amistad por la distancia, falta de tiempo o un cambio en las expectativas esperadas estos vínculos (Thomas, Orme y Kerrigan, 2019). Las relaciones sociales cobran preeminencia al observarse que son un factor decisivo en la salud mental de los estudiantes y su desempeño académico, constituyendo un factor protector ante la aparición de problemas psicológicos que pueden menoscabar el bienestar y funcionamiento en la universidad (Bruffaerts et al., 2018).

La modalidad de enseñanza en la educación superior ha cambiado para adaptarse a las nuevas condiciones debido a la pandemia COVID-19, implicando incluso transiciones totales a la modalidad híbrida (entre modalidades sincrónicas y asincrónicas mediante interacciones



virtuales), la cual se ha realizado progresivamente mientras se buscaba adecuar la enseñanza a un nuevo contexto (Crawford et al., 2020) y ha generado dificultades de adaptación que se han traducido incluso en estados de ansiedad, estrés y depresión en estudiantes a nivel general (Son, Hedge, Smith, Wang y Sasangohar, 2020) y en estudiantes de pregrado de Psicología (Usher et al., 2020), que han encontrado mayores dificultades para acoplarse a la nueva realidad. Uno de los cambios en cuanto a la modalidad de enseñanza fue la imposibilidad de realizar clases presenciales, debido a la necesidad del distanciamiento y aislamiento social, este cambio aumenta la vulnerabilidad ante la percepción de soledad por parte de los estudiantes universitarios y los adultos jóvenes en general, quienes se han mostrado como un grupo etario especialmente propensos a sentirse esta manera (Lee, Cadigan y Rhew, 2020).

Para explicar la vulnerabilidad que se puede experimentar en esta etapa de la adultez emergente en cuanto a la soledad, se hará referencia a la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erikson, quien propuso un modelo basado en etapas de desarrollo, las cuales explicarían los diferentes elementos a los que se enfrenta un individuo en cada momento específico de su vida. Este modelo toma como fundamento principal la presencia de crisis, es decir, dificultades que cada persona debe superar, lo cual puede conllevar a un desarrollo de la personalidad en forma de una virtud, o un estancamiento en el desarrollo de la misma, cuando no se ha logrado cumplir con los objetivos considerados normativos para esta etapa, aunque la condición de normatividad estará influenciada también por la cultura a la que se pertenezca (Erikson y Erikson, 2000).

Durante la adultez emergente, la crisis por la que se atraviesa, según Erikson, es la llamada Intimidad frente a aislamiento, la cual se caracteriza por intentos de establecer relaciones íntimas con otras personas, en donde se buscará un compromiso personal con una pareja o con amistades, quienes servirán como un apoyo emocional y sostén durante los numerosos cambios en la vida de los adultos jóvenes (Papalia et al., 2017). En la búsqueda de intimidad y compromiso se evidencian intentos de formar una estructura vital para futuro, por lo que la preocupación por formar relaciones más profundas se establece como exigencias propias de la etapa que en cierta medida pueden ser fuentes de estrés importantes al hacer lo posible para evitar el aislamiento o la soledad, explicando la vulnerabilidad de este grupo etario por la alta incidencia de la percepción subjetiva de soledad (Nicolaisen, y Thorsen, 2017).



SOLEDAD

Para explicar cómo la soledad se articula en este grupo etario en especial, es necesario especificar lo que se entiende de este constructo. La soledad ha sido estudiada desde diferentes perspectivas y ha ido tomando mayor relevancia en la investigación, desde un enfoque más filosófico planteado por Moustakas (1961, citado en Perlman y Peplau, 1981), quien identificaba dos tipos de soledad: la soledad existencial, que se considera una experiencia normal y que incluso otorga un espacio para el crecimiento personal, y la ansiedad de la soledad, que es aversiva y puede constituir un estado temporal o crónico y se considera un tipo de alienación del hombre. Desde este primer acercamiento, se denota la naturaleza negativa que puede conllevar la soledad.

Los avances en el estudio de la soledad llevaron a concepciones más cercanas a la psicología, en las que se empezó a acordar elementos comunes en las diferentes conceptualizaciones del fenómeno, como considerar que la soledad es una experiencia aversiva y negativa inherente, similar a otros estados afectivos como la depresión; además, se la diferencia del aislamiento social, ya que no necesariamente dependerá de la cantidad de personas con las que un individuo conserve una relación interpersonal, sino de la interpretación subjetiva que se le dé a estas relaciones, por lo que la experiencia de la soledad se produce cuando las interacciones sociales con las que cuenta una persona no llegan a satisfacer sus necesidades y expectativas de las mismas (Russell, Cutrona, Rose, y Yurko, 1984). Es por esto que, aunque se cuente con un círculo social amplio, se puede experimentar soledad si se percibe que estas relaciones sociales no son suficientes de manera cualitativa (calidad de los vínculos) o cuantitativa (cantidad de interacciones).

Se ha teorizado sobre los tipos de soledad que puede existir en base a sus características. Weiss (1973, citado en Russell, Cutrona, Rose, y Yurko, 1984), propone que existen dos tipos: soledad emocional, la cual hace referencia a la percepción del individuo de que no cuenta con relaciones interpersonales íntimas y muy cercanas; y soledad social, en la que no hay una red de relaciones sociales satisfactoria. Este autor también propone que la soledad emocional suele ser más común en individuos que han terminado una relación sentimental o son viudos, mientras que la soledad de tipo social se presenta más comúnmente en personas cuyo entorno social ha cambiado recientemente.



Weiss (1974, citado en Russell, Cutrona, Rose, y Yurko, 1984), también propone que las relaciones sociales satisfacen diferentes necesidades en cada individuo, las cuales reciben el nombre de provisiones sociales. Estas necesidades son: apego, integración social, oportunidad para el cuidado, reaseguramiento de la valía personal, alianza confiable y guía. Cada provisión social por lo general es satisfecha por diferentes relaciones, aunque no son absolutas y pueden variar, además que cuando se pierde un vínculo, se perderá también la provisión que tal persona otorgaba. Por último, según este autor, la falta de estas provisiones generaba diferentes emociones negativas, ya que se asociaban a la soledad emocional (generando sentimientos de ansiedad y aislamiento) o a la soledad social (causando estados de aburrimiento, desmotivación y marginalidad) (Weiss, 1973, citado en Russell, Cutrona, Rose, y Yurko, 1984).

En la presente investigación se tomará como referencia el modelo cognitivo para conceptualizar a la soledad. Este enfoque ha ido tomando elementos de la investigación sobre este constructo para integrar elementos que, en ocasiones, no son considerados pero que pueden explicar las diferencias individuales en la percepción de la soledad. Perlman y Peplau (1981) consideraban que la incongruencia entre las relaciones sociales que se tiene y las que se desea no explicaban en su totalidad los sentimientos de soledad en las personas, sino que la cantidad y calidad de las relaciones, juegan un papel fundamental. Esto lo explican en base a que, una persona puede interpretar que su número de vínculos sociales son insuficientes, a pesar que sea un número mayor a otro individuo que considera que la cantidad de sus relaciones bastan para no percibir soledad, y puede responder a la calidad de estas interrelaciones, ya que podrían implicar una mayor cercanía con sus allegados. En este punto, la causalidad que se atribuya a estas diferencias puede definir la percepción de soledad (Perlman y Peplau, 1981).

Gordon (1976, citado en Perlman y Peplau, 1981), situaba a las relaciones sociales como un indicador de éxito en las sociedades occidentales, considerando a la soledad como un fracaso. En base a esto, Perlman y Peplau (1981) citan a Weiner et al (1978) y su teoría de la atribución para explicar que las relaciones de causalidad que el individuo realiza acerca de su soledad percibida determinan el malestar que le genera la deficiencia en sus relaciones interpersonales, ya que, por ejemplo, una persona podría interpretar que la falta de vínculos satisfactorios se debe a características personales como sus habilidades sociales o su apariencia física, lo que generaría un impacto en su autoimagen y autoestima. También se podría interpretar que su soledad responde a factores externos, como un cambio de ciudad de residencia y que será pasajera, y, en ambos casos, el impacto negativo podrá diferir en base al



control que la persona perciba que tiene sobre la situación (Weiner et al., 1978, citado en Perlman y Peplau 1981).

Independientemente de las características situacionales, la atribución de control sobre estas causales influye en la percepción de soledad, es decir que si el sujeto considera que su estado de soledad se debe a eventos que se perciben como inalterables, existirá un malestar que se mantendrá con el tiempo y probablemente aumentará las consecuencias negativas, mientras que si se percibe que la soledad se debe a una situación que puede ser modificada favorablemente, implicará un mayor optimismo y, con una mayor probabilidad de cambio, el malestar se reducirá (Weiner et al., 1978, citado en Perlman y Peplau 1981). El enfoque cognitivo ha integrado todavía más elementos explicativos en la percepción de la soledad (De Jong, Tilburg y Dykstr, 2006).

Se ha mencionado como la cantidad y calidad de las relaciones influyen sobre la percepción de la soledad, sin embargo, De Jong, Tilburg y Dykstr (2006), incluyen nuevos elementos en base a la investigación en este campo. Entre estos conceptos está la evaluación que realiza cada individuo sobre su red de interacción social, la cual hace referencia a las características de sus vínculos, ya sean de mayor o menor apego; además, se consideran las expectativas sobre las relaciones sociales, las condiciones contextuales, como roles asociados culturalmente al género, salud, nivel socioeconómico y características de la personalidad (De Jong, Tilburg y Dykstr, 2006).

Se ha observado cómo la soledad es altamente prevalente en adultos jóvenes debido a las características de esta etapa del ciclo de vida (Qualter et al., 2015), lo cual conlleva serios problemas a la salud tanto física como mental al evidenciar la correlación de la percepción de soledad con un mayor índice de mortalidad, salud física, y depresión, entre otras patologías, en la salud mental, en este grupo etario (Matthews et al., 2018). Además, es notable como la depresión también se presenta como una patología altamente prevalente en los adultos jóvenes (APA, 2014) y estudiantes universitarios (Ibrahim, Kelly, Adams y Glazebrook, 2013) en comparación con otros grupos etarios y de población general. Es importante conocer las implicaciones de la depresión en la salud mental para entender su relación con la soledad.

DEPRESIÓN



La depresión constituye una de las enfermedades más importantes a ser consideradas dentro de los cuidados de la salud en el mundo, debido a su alta prevalencia en donde 300 millones de individuos la padecen en todo el planeta (Organización Mundial de la Salud, 2017). A nivel regional, el 5% de la población ha sufrido de trastornos depresivos, sin embargo, 7 de cada 10 de ellos no ha recibido tratamiento, lo cual se puede deber a la falta de inversión en temáticas de salud mental, por lo que la depresión se presenta como una seria problemática regional (Organización Panamericana de la Salud, 2017). La situación nacional se corresponde con la regional y mundial considerando que constituye una de las principales causas de atención ambulatoria y se ha relacionado con lesiones auto infligidas (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Los trastornos depresivos pueden ser explicados desde el enfoque cognitivo de Beck (1987), en el cual se establece el rol fundamental de los esquemas mentales. Estos esquemas son estructuras conceptuales formadas a partir de la abstracción de experiencias repetidas, las cuales establecen un patrón de pensamiento relativamente rígido que guiará el procesamiento de información y que seleccionará estímulos e información coherentes con los esquemas ya formados, por lo que se verán reforzados constantemente. Los esquemas generan contenidos que, en la depresión, incluyen visiones negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo, incluso sesgando la información procesada para concordar con estos esquemas y seguir reforzándolos, lo que, finalmente, resultará en pensamientos negativos automáticos que mantendrán los esquemas (Beck, 1987).

El enfoque cognitivo planteado por Beck y sus implicaciones en la formación de esquemas de pensamiento explican la vulnerabilidad de los individuos que experimentan sucesos adversos para la aparición de patologías como la depresión (Beck, 1987). Dado que los esquemas mentales se refuerzan constantemente, la repetición de experiencias negativas forma esquemas cada vez más complejos y rígidos, apartando información incongruente con estos esquemas, por lo que, con el tiempo, el control sobre estos esquemas será menor y el afecto negativo se impondrá al no poder contar con modelos de pensamiento adaptativos que reemplacen las estructuras existentes (Beck, 1987).

Los esquemas cognitivos del enfoque de Beck (1987) pueden explicar el afecto negativo producido por la percepción de soledad. Se ha planteado que la experiencia negativa que generan los sentimientos de soledad es el resultado de un mecanismo evolutivo que pretende



evitar el aislamiento, ya que la vida en sociedad funciona como un potenciador de las capacidades y el bienestar humano, asegurando su progreso y seguridad. Bajo esta perspectiva, las experiencias sociales negativas que provoquen una percepción de rechazo y aislamiento social, generarán esquemas que confirmen continuamente estas ideas e interpretarán las conductas ajenas como más hostiles y negativas (Beck, 1987). Esto podrá provocar comportamientos que tiendan a alejar a otros individuos, cumpliendo una “*profecía auto cumplida*” al aislarse para evitar reacciones negativas de otros, las cuales se interpretan como fuera del control del individuo y refuerza sentimientos de soledad e ideas de auto desprecio y auto imagen afectadas, que pueden llevar a afectividad negativa propia de la depresión (Hawkey y Cacciopo, 2010).

Los trastornos depresivos incluyen diferentes problemáticas específicas, pero que comparten características en común, como el estado de ánimo triste o irritable, síntomas somáticos y cognitivos que tienen un impacto significativo en el desenvolvimiento cotidiano del individuo. Existen diferentes tipos de trastornos depresivos reconocidos dentro de clasificaciones como el DSM 5 y el CIE 10, sin embargo, estos se diferencian entre sí debido a características de duración, intensidad, situaciones que precipitan estos estados de ánimo, etiología (APA, 2014; OMS, 1992).

El DSM 5 considera como un trastorno depresivo mayor a la presencia de síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, cambios en la conducta alimentaria, del sueño, dificultades para desenvolverse en la vida cotidiana, que alcanzan un malestar significativo y no se explica por el consumo de sustancias u otras condiciones médicas, y, puede ser clasificada según su gravedad en leve, moderado y grave, además de considerar su comorbilidad con otros síntomas, como de ansiedad (APA, 2014).

Para explicar la relación entre soledad y depresión también se ha planteado modelos basados en el impacto de las relaciones sociales en el afecto de las personas, como un factor amortiguador, protector o de riesgo cuando se muestran deficientes. Cohen y Wills (1985) proponen el modelo de amortiguamiento del estrés, en la que la interacción y percepción de apoyo social actúan como un factor que reduce el estrés causado por situaciones adversas, por ende, disminuyendo el efecto negativo de problemáticas como la depresión. Bajo esta hipótesis, los beneficios del apoyo e interacción social solamente se demostrarían en individuos afectados



por experiencias negativas, pero no potenciaría el bienestar de individuos que no atravesen dificultades (Cohen y Wills, 1985).

Cohen (2004) amplía este enfoque al considerar que el efecto positivo del apoyo social percibido no sólo reduce el afecto negativo, sino que establece un factor protector, reduciendo la probabilidad de que se desarrollen problemas de salud mental. Según esta propuesta, quienes gozan de una red de interacción social satisfactoria también se verían beneficiados de los efectos protectores de la misma, no solamente los individuos que atraviesan situaciones adversas. Además, plantea que una red social percibida como insatisfactoria establecerá un factor de riesgo para la aparición de estados afectivos negativos al provocar estrés que puede contribuir a problemáticas como la depresión (Cohen, 2004).

La revisión de la teoría da cuenta de la relación entre estas dos variables, sin embargo, las investigaciones a nivel nacional han pretendido estudiar esta problemática no son exhaustivas. En la ciudad de Quito se realizó un estudio con adolescentes para obtener los niveles de soledad en 408 estudiantes de 12 a 20 años en dos colegios de la ciudad. Se encontró que un 92,1% de los participantes mostraban sentimientos de soledad desde moderado a máximo en hombres y mujeres, además de obtener que los sentimientos de soledad emocional, 73,54%, eran mayores a los niveles de soledad social, que corresponden al 61,7% (Centeno, 2020). Además, en la ciudad de Ambato se llevó a cabo un estudio en el que se encontró que los niveles de soledad autoreportada se relacionan a un mayor deterioro cognitivo en adultos mayores (Ortiz, 2018). Por último, en la ciudad de Azogues se llevó a cabo un estudio en el que se identificó a la soledad como el factor de riesgo individual más prevalente para la aparición de trastornos de depresión y ansiedad en individuos privados de la libertad, mayores de 18 años. En este estudio se encontró que el 81% de los participantes referían sentimientos de soledad y que la edad más prevalente en los individuos se encontraba entre los 21 a 35 años, con un 50% de la muestra (Morocho y Jara, 2017).

A nivel local, las investigaciones se han centrado en variables específicas como la prevalencia de la depresión y factores asociados en estudiantes foráneos de medicina de las universidades de Cuenca. En esta investigación se encontró que la prevalencia de la depresión en los estudiantes que participaron era de 66.9%, además de observarse que la falta de apoyo social se muestra como un factor de riesgo para la depresión (Romero y Saavedra, 2020). Finalmente, se desarrolló un estudio en la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca,



donde se analizó el bienestar subjetivo de los estudiantes. Aquí se halló que el bienestar subjetivo de los participantes disminuía conforme la percepción de soledad aumentaba (Ayala y Tacuri, 2015).

Se han realizado investigaciones que han estudiado la soledad y depresión durante la pandemia, es así que Lee et al. (2020), en un estudio con 564 adultos jóvenes, en el que examinaron los niveles de soledad durante la pandemia COVID 19 para asociarlos a los niveles de depresión, entre otras variables, obtenidos mediante instrumentos estandarizados durante el mismo período. En esta investigación se encontró que niveles elevados de soledad reportados por los adultos jóvenes que participaron en el estudio se asociaban a niveles elevados de depresión autorreportados. Además, se ha realizado una revisión sistemática de estudios que consideran los niveles de soledad percibidos como asociados a problemas de salud mental, como la depresión, obteniendo evidencia de que la soledad percibida se asocia a dificultades como la depresión (Wang, Mann, Lloyd, Ma y Jhonson, 2018).

El presente estudio pretende responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos que predominan en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca, durante la pandemia COVID-19?

¿Existe una relación entre los niveles de sentimientos de soledad y los niveles de síntomas depresivos reportados por los estudiantes de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia por COVID-19?

¿Se relacionan los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca, durante la pandemia COVID-19 con variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, ciclo que cursa y personas con las que convive?

La hipótesis para la investigación plantea que existe una relación significativa entre los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos reportados en los estudiantes de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia por COVID-19.

En base a lo expuesto, el objetivo general de la investigación es determinar el nivel y la relación entre los sentimientos de soledad y los síntomas depresivos en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca, durante la pandemia COVID-19, además



de identificar los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos predominantes en los mismos estudiantes y relacionarlos a variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, ciclo que cursa y personas con las que convive.



PROCESAMIENTO METODOLÓGICO

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, ya que tomó en cuenta información de tipo numérica que fue analizada e interpretada en función de técnicas y herramientas estadísticas. El alcance es correlacional, ya que se tomó los datos recogidos de ambas variables del estudio, sentimientos de soledad y síntomas depresivos, mediante autorreporte para determinar si existe una relación significativa entre ellas en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca, además de considerar si existe una relación entre estas problemáticas y variables sociodemográficas. El diseño fue no experimental, dado que no existe manipulación de las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En cuanto a los participantes, se tomó en cuenta toda la población de estudiantes de la Facultad de Psicología pertenecientes a la Carrera de re Diseño de Licenciatura en Psicología, es decir, 388 adultos jóvenes, 127 de género masculino, 255 femenino y 6 individuos que se identifican como LGBTI+, divididos en 5 ciclos de carrera. Se tomó en cuenta la población para obtener resultados más representativos en este grupo, teniendo en cuenta que la población no es muy extensa y se podrían presentar dificultades para contactar con la muestra debido a las condiciones actuales por la pandemia COVID-19. Con estas condiciones, más los estudiantes que no aceptaron ser parte del estudio, se contó con 332 participantes, de los cuales 66%, es decir, (f=219), de género femenino; 32%, (f=107) masculino, y 2%, (f=6) LGBTI+.

Las técnicas de recolección de datos a usarse son los cuestionarios: una ficha sociodemográfica diseñada exclusivamente para este estudio que recaba información de edad, género, estado civil, ciclo que cursa y personas con las que convive. Además, se utilizó la Escala de Soledad De Jong Gierveld (De Jong y Kamphuls, 1985), un instrumento que consta de 11 ítems que pretenden reconocer sentimientos de soledad percibidos por los participantes en función de respuestas de Sí, No o Más o menos. Dependiendo del ítem, cada respuesta tendrá una puntuación diferente, entre 1 y 0. La puntuación final puede clasificarse en: Sin soledad (0-2), Moderado (3-8), Severo (9-10) y Muy Severo (11). Por último, se usó el Inventario de Depresión de Beck II (Beck, Steer y Brown, 1996), el cual se enfoca en la presencia de síntomas depresivos y su intensidad en 21 ítems, los cuales otorgan opciones de respuesta en función de la gravedad del síntoma. El resultado final otorga un puntaje que puede establecerse como: No hay Depresión (0-9), Leve (10-18), Moderado (19-29), Grave (30 en adelante). Los instrumentos utilizados han sido validados para la aplicación en contextos similares. La Escala



de Soledad De Jong Gierveld fue validada en el contexto peruano (Ventura y Caycho, 2017) y otorgó un valor de $\alpha = .82$ de coeficiente de *Alfa de Cronbach*, mientras que en el presente estudio se obtuvo un valor de .776. El Inventario de Depresión de Beck ha sido validado en el contexto peruano, donde se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de $\alpha = .87.$, mientras que en la presente investigación se obtuvo $\alpha = .928$.

Para la recolección de datos primero se obtuvo el permiso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca para aplicar los instrumentos en los estudiantes objetivo de la investigación. Posterior a esto, se procedió a solicitar un espacio en las diferentes horas de clase de los estudiantes y aplicar los instrumentos mediante Google Forms. La información fue recolectada en estudiantes de primero a quinto ciclo de la carrera de Psicología.

Para el análisis de la información, primero se organizaron los datos obtenidos de los participantes en el software Excel. Después usando el programa SPSS v26, se utilizó la prueba *Kolmogorov-Smirnov*, con la cual se constató que las variables mostraron una distribución normal. Esta prueba permitió identificar el uso del coeficiente de correlación de Pearson para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes. Después, se utilizaron tablas de frecuencias para identificar los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos predominantes en la población, así como relacionarlos a las variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, ciclo que cursa y personas con las que convive.

Este estudio se rige a los principios básicos del código de ética de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010). Estos principios incluyen: A: beneficencia y no maleficencia, principio B: fidelidad y responsabilidad, principio C: integridad, principio D: justicia, principio E: respeto por los derechos y la dignidad de las personas, siendo una prioridad la consideración de la condición humana de los participantes y el respeto a la misma, precautelando su seguridad. Se establecieron condiciones de respeto a la privacidad de los participantes en cuanto a la información que se otorgó. Estos procedimientos e instrumentos que se usaron han sido debidamente revisados y aprobados por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca. Los resultados arrojados en la realización del estudio fueron manejados únicamente por el autor de esta investigación y con fines de académicos e investigativos solamente.



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El objetivo general del presente estudio considera determinar si existe una relación significativa entre los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes que participaron en el estudio. Los datos recogidos de los 332 participantes permitieron obtener un coeficiente de correlación de $r = .58$, lo cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), puede ser distinguida como una correlación positiva media (Tabla 1).

Tabla 1.

Relación entre sentimientos de soledad y síntomas depresivos

Variables categóricas		Síntomas Depresivos
Sentimientos de Soledad	Correlación de Pearson	.580
N		332

Este resultado denota que los niveles de soledad se relacionan con los síntomas depresivos. Esta correlación se distingue como relación positiva media, por lo que no se puede establecer como una relación estrecha, sin embargo, establece una asociación, que si bien no alcanza niveles como el estudio realizado por Lee et al. (2020), se encontró que los niveles altos de soledad son indicadores de niveles elevados de depresión en adultos jóvenes durante la pandemia por COVID-19. Se ha observado que la pandemia ha tenido una influencia importante sobre los individuos, generando una mayor predisposición hacia los sentimientos de soledad y depresión, en especial en una población vulnerable a estas dos problemáticas, como son los adultos jóvenes (Lee et al., 2020). Esta relación y similitud con otros estudios puede entenderse desde los modelos teóricos de la soledad y depresión, donde un individuo percibe que sus relaciones sociales no son satisfactorias, lo cual puede generar una sensación de inadecuación o de condiciones contextuales no favorables que agravan los sentimientos de soledad y síntomas depresivos que pueda experimentar (Weiner et al., 1978, citado en Perlman y Peplau 1981).

Los niveles de sentimientos de soledad presentes en los estudiantes de Psicología de la Universidad de Cuenca otorgan información a considerar; el promedio de las puntuaciones de



sentimientos de soledad resultó en $\bar{X}=7.2$, ubicado dentro de la categoría de Moderado, considerando los 332 participantes. Además, el puntaje más frecuente fue de $f=11$, con el 15.7% de participantes respondiendo de esta manera, el cual corresponde a la categoría de Muy severo. Sin embargo, el 57% de los resultados obtenidos se encasillan en la categoría de Moderado. Por último, solamente un 5% de los participantes no reportaron ningún grado de soledad.

Tabla 2*Total de Sentimientos de soledad*

Categorías	Frecuencias
Sin Soledad	17
Moderado	188
Severo	75
Muy Severo	52
N: 332	
Media	7.2

Los resultados obtenidos indican que, en promedio, los estudiantes de Psicología tienen sentimientos moderados de soledad, mientras que en investigaciones hechas con adultos jóvenes durante la pandemia, se ha encontrado que existen niveles considerables de soledad (Benke et al., 2020), a lo cual se suma que apenas un 5% ($f=17$) de los participantes reportaron no percibir sentimientos de soledad y que el puntaje directo más frecuente se corresponda a la puntuación máxima de 11.

Hay que considerar que los puntos de corte propuestos por los autores, los cuales otorgan la categoría de Sin Soledad a puntajes de 0, 1 y 2, mientras que el resto de resultados apuntan a Moderado hasta Muy Severo, por lo que se deja un rango muy pequeño para considerar la no existencia de soledad. Aun así, los resultados no deben ser descartados dado que el resultado más frecuente fue la puntuación máxima, con lo que se puede inferir una gran presencia de sentimientos de soledad en los participantes.



Estos resultados pueden explicarse desde las características de esta etapa. La adultez emergente es una etapa en la que las relaciones sociales toman un papel muy importante en el desarrollo de los individuos, quienes, según Erikson, buscan intimidad (Papalia et al., 2017). Sin embargo, las condiciones de aislamiento y distanciamiento social pueden establecer un contexto adverso en el que las relaciones sociales con las que se dispone se perciban como deficientes o no satisfactorias (Benke et al., 2020), lo cual se ha visto que es un factor medular en el concepto de soledad (Russell, Cutrona, Rose, y Yurko, 1984).

Dentro del estudio también se consideraron los niveles de síntomas depresivos. En cuanto a esta categoría, se observó que un 28% ($f = 94$) de los participantes no mostró depresión en ningún nivel, mientras que el 72% ($f = 238$) restante mostró niveles leves, moderados o graves de esta problemática. Además, el promedio de los puntajes directos se encontró en $\bar{X} = 16.64$, el cual pertenece a la categoría de Leve, la cual también mostró ser la categoría más frecuente en los participantes.

Tabla 3*Total de síntomas depresivos*

Categorías	Frecuencias
No hay Depresión	94
Leve	116
Moderado	77
Grave	45
<hr/>	
N: 332	
Media	16.64

Holingue y otros (2020), observaron que existen niveles de depresión considerables en la población adulta, lo cual podría responder al contexto actual de pandemia donde se presentan situaciones de estrés psicológico que tienen un impacto negativo sobre la salud mental. Esto puede entenderse de manera específica en los adultos jóvenes dado que esta etapa se constituye como una edad de vulnerabilidad frente a estas problemáticas considerando que es una etapa



de transición, la cual puede traer dificultades de adaptación que desemboquen en cuadros depresivos (Papalia et al., 2017).

Debe mencionarse que la condición de estudiantes de los participantes también genera una predisposición a dificultades como la depresión, debido al cambio de modalidad de estudios, de presencial a virtual, lo cual se ha visto que ha generado dificultades de adaptación que se han traducido en problemáticas como la depresión en estudiantes universitarios (Son, Hedge, Smith, Wang y Sasangohar, 2020).

Al considerar las variables sociodemográficas de los participantes, se partirá de la edad. Primero, es notable que cerca del 97% ($f = 321$) de la población se encuentra entre edades de 18 y 24 años. En cuanto a la soledad, se observa que quienes han presentado mayores índices de soledad moderado, severo y muy severo, son los participantes de 20 años. Sin embargo, este grupo también es la edad con mayor cantidad de participantes. Entre las edades de 25 a 29 años no existe ningún participante con un resultado de Muy severo, aunque este grupo representa apenas un 3% ($f = 11$) del total.

Tabla 4

Sentimientos de soledad según edad.

Gravedad	Edad												Total
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	general
Muy													
severo	9	12	18	7	3	1	2						52
Severo	16	14	18	12	6	6	2			1			75
Moderado	33	32	49	38	13	6	8	2	3	2	1	1	188
Sin													
Soledad	2	2	6		3	2	1		1				17
Total													
general	60	60	91	57	25	15	13	2	4	3	1	1	332

Se ha observado que, en cuanto a la presencia de sentimientos de soledad a lo largo del ciclo de vida, se evidencia una distribución que aumenta en la adultez emergente, descendiendo



conforme se avanza en el ciclo de vida y vuelve a ascender al llegar a la adultez tardía (Luhmann y Hawkey, 2016). Esto se relaciona con los resultados obtenidos en este estudio, ya que la presencia de sentimientos de soledad es mayor en individuos más jóvenes, y se reduce a medida que se reporta una mayor edad. Sin embargo, se debe tomar esta información con cautela considerando que el 97% ($f=321$) de la población se encuentra entre los 18 y 24 años, dejando una pequeña cantidad entre los 25 y 29 años.

Desde la teoría, se podrían explicar estas diferencias debido a la adaptación a una nueva etapa, la adultez emergente, con nuevas necesidades, en contraste con la adolescencia, donde la intimidad no es un objetivo primordial (Qualter et al., 2015), por lo que el ajuste necesario durante esta etapa puede desembocar en un período de adaptación donde se presenta una mayor vulnerabilidad a percibir las relaciones interpersonales como insatisfactorias, mientras que, a medida que se avanza en esta etapa, se pueden desarrollar estrategias más efectivas (Nicolaisen, y Thorsen, 2017).

En cuanto a la edad y los síntomas depresivos, también es de notar que el 97 ($f=321$) por ciento de la población se encuentra en el rango de edad entre 18 y 24 años. De la misma manera, los puntajes correspondientes a niveles más serios de síntomas depresivos se encuentran en individuos de edades entre 18 y 24. La edad de 20 años se muestra con las frecuencias más altas de sintomatología grave. En contraste, ningún individuo entre 25 a 29 años ha mostrado sintomatología depresiva grave.

Tabla 5

Síntomas depresivos según edad

Gravedad	Edad												Total general
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Grave	7	9	16	3	6	2	2						45
Moderado	13	18	24	12	4	2	2			1	1		77
Leve	31	18	20	23	8	7	5	2	1	1			116
No hay depresión	9	15	31	19	7	4	4		3	1		1	94
Total general	60	60	91	57	25	15	13	2	4	3	1	1	332



Benke et al. (2020), obtuvo resultados similares, en los que se asociaba una menor edad, dentro de la adultez emergente, con mayor presencia de síntomas depresivos. Se ha observado que la adultez emergente se muestra como una etapa de predisposición a la depresión (APA, 2014) debido a las dificultades de adaptación que pudieran mostrarse en estos individuos considerando cambios de vida sustanciales que suelen presentarse en esta etapa, los cuales pueden ser afrontados conforme se desarrollan estrategias de afrontamiento progresivamente (Papalia et al., 2017).

En cuanto al género, la distribución fue de 66% de género femenino, 32% masculino y 2% de individuos identificados como LGBTIQ+. Se ha observado que un porcentaje de 69% de los puntajes correspondientes a Muy Severo corresponden al género femenino, y en el resto de categorías se repite una frecuencia mayor en el género femenino. Sin embargo, el porcentaje de individuos de género femenino que presentan soledad en cualquier nivel, es cercano al del género masculino. Individuos identificados como LGBTIQ+ no presentan participantes con puntaje correspondiente a Sin soledad, aunque estos individuos formaron solamente un 2% de la población.

Tabla 6

Sentimientos de soledad según género

Por género	Femenino	Masculino	LGBTIQ+
Muy Severo	16.44%	14.02%	16.67%
Severo	20.55%	25.23%	50.00%
Moderado	58.45%	54.21%	33.33%
Sin Soledad	4.57%	6.54%	0.00%

Por Gravedad	Femenino	Masculino	LGBTI+
Muy Severo	69.23%	28.85%	1.92%
Severo	60.00%	36.00%	4.00%
Moderado	68.09%	30.85%	1.06%
Sin Soledad	58.82%	41.18%	0.00%



Como se ha mencionado antes, una mayor cantidad de individuos de género femenino podría explicar el mayor porcentaje en cada categoría de sentimientos de soledad. Sin embargo, al observar la presencia de los diferentes niveles de sentimientos de soledad, vemos que se distribuyen de manera similar entre individuos de género masculino y femenino. Por ejemplo, el porcentaje de casos muy severos es de 16% ($f=36$) y 14% ($f=15$) en individuos femeninos y masculinos respectivamente; casos severos son 20% ($f=45$) y 25% ($f=27$); moderado son 58% ($f=128$) y 54% ($f=58$) y sin soledad es 4% ($f=10$) y 6% ($f=7$), por lo que no existen diferencias evidentes en cuanto a género. Es de resaltar, sin embargo, que individuos que se identifican como LGBTIQ+ presentaron, en un 50% ($f=3$), niveles de sentimientos de soledad severos y ningún caso Sin Soledad. Esto contrasta con investigaciones como la realizada por Benke et al., donde se encontró que mayores sentimientos de soledad se relacionaban con el género femenino en adultos jóvenes, sin embargo en este estudio es necesario mencionar el tamaño del efecto, ya que este grupo de la muestra no es representativo.

Los síntomas depresivos muestran un comportamiento similar a los sentimientos de soledad en cuanto al género. Dado que la población se divide en 66% ($f = 219$) femenino, 32% ($f = 107$) masculino y 2% ($f = 6$) LGBTIQ+, un mayor porcentaje de casos de cada categoría corresponde al género femenino. Sin embargo, las diferencias de casos de género masculino y femenino no difieren notablemente entre sí, mostrando un porcentaje similar de casos de cada gravedad. Solamente dentro de la categoría Moderado se puede distinguir una diferencia del 11% entre el género femenino, con 26.94% ($f=59$) y masculino, 15.89% ($f = 17$). Individuos identificados como LGBTIQ+ presentaron una distribución similar entre todas las categorías, considerando su baja frecuencia.

Tabla 7*Síntomas depresivos según género*

Por género	Femenino	Masculino	LGBTIQ+
Grave	13.24%	13.08%	33.33%
Moderado	26.94%	15.89%	16.67%
Leve	35.16%	35.51%	16.67%
No hay depresión	24.66%	35.51%	33.33%
Por Gravedad	Femenino	Masculino	LGBTIQ+



Grave	64.44%	31.11%	4.44%
Moderado	76.62%	22.08%	1.30%
Leve	66.38%	32.76%	0.86%
No hay depresión	57.45%	40.43%	2.13%

Las diferencias entre género no son notables en este estudio en cuanto a la gravedad de los síntomas, a diferencia de lo encontrado por Benke et al. (2020), quien observó que el género femenino se asociaba a niveles mayores de depresión durante la pandemia. En la categoría con mayor cantidad de casos, Leve, la distribución es casi igual, ya que se encontró que el 35.16% ($f = 77$) de individuos femeninos y 35,51% ($f = 38$) masculinos presentan este nivel de síntomas depresivos.

La variable sociodemográfica de estado civil otorgó resultados que denotan un 97% ($f = 323$) de individuos solteros. Es notable que, tanto en sentimientos de soledad, como síntomas depresivos, los individuos solteros representan el 100% de casos más altos, es decir, presencia de un nivel muy severo de sentimientos de soledad ($f = 52$), así como un nivel grave de síntomas depresivos ($f = 45$). El 50% ($f = 3$) de casos de Unión libre presentan puntajes de No hay depresión y el 83% ($f = 5$) reflejan niveles moderados de sentimientos de soledad, la cual fue la categoría más frecuente.

Tabla 8

Sentimientos de soledad por estado civil

Gravedad	Estado Civil				Total general
	Casado/a	Divorciado/a	Soltero/a	Unión Libre	
Muy severo			52		52
Severo	1		73	1	75
Moderado			183	5	188
Sin Soledad	1	1	15		17
Total general	2	1	323	6	332

**Tabla 9***Síntomas depresivos según estado civil*

Gravedad	Estado Civil				
	Casado/a	Divorciado/a	Soltero/a	Unión Libre	Total general
Grave			45		45
Moderado			75	2	77
Leve	1	1	113	1	116
No hay depresión	1		90	3	94
Total general	2	1	323	6	332

El resultado de este estudio se relaciona con el realizado por Benke et al. (2020), quien encontró que los individuos solteros mostraban niveles más altos de depresión durante la pandemia. Sin embargo, en este mismo estudio se encontró que los niveles de sentimientos de soledad no se relacionaban al estado civil, a diferencia de lo encontrado en la presente investigación, donde la totalidad de casos muy severos de sentimientos de soledad correspondían a individuos solteros. Cabe destacar que la cantidad de individuos de otros estados civiles fue muy baja, por lo que se debe tratar esta información con cautela.

Para la variable del ciclo, se consideraron los ciclos desde primero hasta quinto. Sin embargo, 1% ($f=3$) individuos reportaron estar en cuarto ciclo y los demás participantes se dividieron de forma más equitativa en primero 40% ($f=132$), tercero 28% ($f=94$) y quinto 31% ($f=103$). Se puede destacar que, a pesar de tener una menor cantidad de participantes, los individuos de tercer ciclo mostraron una frecuencia más alta de casos correspondientes a Severo y Muy severo que quienes cursan quinto ciclo.

Tabla 10*Sentimientos de soledad por ciclo*

Gravedad	Ciclo				
	Primero	Tercero	Cuarto	Quinto	Total general
Muy severo	20	18		14	52
Severo	32	27		16	75



Moderado	75	43	3	67	188
Sin Soledad	5	6		6	17
Total general	132	94	3	103	332

Conley et al. (2014) mencionan que los primeros años de estudios universitarios pueden presentar dificultades a nivel de interacción social, ya que se considera que el contexto en el que se dan las relaciones interpersonales difiere de la adolescencia, por lo que se pueden producir dificultades de ajuste, las cuales se ha observado que tienden a desaparecer progresivamente a medida que se desarrollan nuevas estrategias de afrontamiento. Esto podría explicar las diferencias entre los niveles de sentimientos de soledad en estudiantes de primero y tercer ciclo, quienes muestran una mayor frecuencia de individuos con puntajes de severo y muy severo, mientras que los estudiantes de quinto ciclo muestran mayor frecuencia de casos moderados. Sin embargo, los estudiantes de primer ciclo representan un mayor porcentaje de la población, por lo que se debe considerar esto al interpretar la información obtenida.

En la variable ciclo o nivel al que pertenecen los estudiantes, como se ha mencionado, se obtuvo una distribución de primero 40% ($f=132$), tercero 28% ($f=94$) y quinto 31% ($f=103$). Teniendo en cuenta los niveles de síntomas depresivos, se observa que los niveles más altos se encuentran más frecuentemente en los primeros ciclos, es decir, primer y tercer ciclo, a comparación de los estudiantes de quinto ciclo.

Tabla 11

Síntomas depresivos por ciclo

Gravedad	Ciclo				
	Primero	Tercero	Cuarto	Quinto	Total general
Grave	20	16		9	45
Moderado	28	30		19	77
Leve	53	29	3	31	116
No hay depresión	31	19		44	94
Total general	132	94	3	103	332



Se ha observado que la transición a la vida universitaria puede conllevar dificultades de adaptación debido a los cambios en dinámicas de interrelación personal, responsabilidades y cambios en las relaciones familiares, por lo que existe una tendencia al empeoramiento de capacidades de funcionamiento que pueden desembocar en condiciones como depresión durante los dos primeros años de entrada a la universidad, previo a un mejoramiento en las capacidades de ajuste alrededor de los dos siguientes años (Conley, et al. 2018). Esto podría explicar la presencia de un mayor porcentaje de niveles altos de síntomas depresivos en los primeros años de carrera, como lo son primer y tercer ciclo, mientras que existe un descenso en estudiantes de quinto ciclo, iniciando el tercer año de vida universitaria.

La última variable a considerar es las personas con las que convive el participante. El 97% ($f=321$) de los participantes reportaron vivir con familiares actualmente. El 100% ($f=52$) de los resultados de Muy severo, en sentimientos de soledad corresponden a individuos que viven con familiares, mientras que la totalidad de individuos que viven solos se ubicaron en las categorías de severo y moderado en 50% ($f=2$) y 50% ($f=2$). En cuanto a los síntomas depresivos, solamente un individuo que reportó vivir solo obtuvo un puntaje de síntomas depresivos graves, aunque esto representó el 25% ($f=1$) del total, mientras que el resto de individuos que viven solos se ubicaron equitativamente en las categorías de moderado, leve y sin depresión, con un caso cada uno.

Tabla 12

Sentimientos de soledad por personas con las que convive

Gravedad	Personas con las que convive				
	Con amigos	Con familiares	Con pareja	Solo/a	Total general
Muy severo		52			52
Severo		72	1	2	75
Moderado	1	181	4	2	188
Sin Soledad		16	1		17
Total general	1	321	6	4	332

**Tabla 13***Síntomas depresivos por personas con las que convive*

Gravedad	Personas con las que convive				
	Con amigos	Con familiares	Con pareja	Solo/a	Total general
Grave		44		1	45
Moderado		75	1	1	77
Leve	1	112	2	1	116
No hay depresión		90	3	1	94
Total general	1	321	6	4	332

Estos resultados contrastan con el estudio de Benke et al. (2020), quien observó que vivir solo se relaciona con niveles más altos de depresión y soledad en adultos jóvenes durante la pandemia. Se debe considerar que casi la totalidad de los participantes reportaron vivir con familiares, por lo que no se cuenta con suficientes datos que permitan generalizar esta información. Esto se pudo deber al cambio de modalidad de estudio, de presencial a virtual, razón por la cual muchos estudiantes provenientes de otras provincias regresaron a sus ciudades de origen, elevando el porcentaje de estudiantes que viven con familiares.

Se consideró necesario contrastar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones, con el fin de observar diferencias que pudieran existir en diferentes contextos y de esta manera aportar información relevante que pueda ser considerada para el conocimiento de estas problemáticas y su teoría.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las conclusiones más relevantes de este estudio es necesario mencionar que los niveles de sentimientos de soledad encontrados en los estudiantes de Psicología a pesar de ser de baja gravedad, muestran cierta predisposición a la depresión en esta población, lo cual es necesario resaltar para poder generar medidas preventivas ya se sean de autocuidado o de intervención en salud mental.

En cuanto a los resultados obtenidos en este estudio, se confirma la correlación estadísticamente significativa entre el nivel de sentimientos de soledad y síntomas depresivos en los estudiantes de Psicología de la Universidad de Cuenca, corroborando la hipótesis planteada en este estudio, que plantea una relación significativa entre los niveles de sentimientos de soledad y síntomas depresivos reportados en los estudiantes de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia por COVID-19, Si bien no se puede establecer una relación estrecha entre las variables, se la puede considerar como un resultado relevante que da cuenta de que el aumento de los sentimientos de soledad estará asociado a un aumento en síntomas depresivos.

En relación a las variables sociodemográfica los resultados más importantes apuntan a la edad y ciclo que cursan los estudiantes ya que existe mayor prevalencia de ambas variables categóricas en edades y ciclos más tempranos y a individuos solteros, lo cual coincide con la literatura, y en relación a la primera variable podría responder a dificultades iniciales de ajuste, aunque no se cuenta con una población equitativamente distribuida, por lo que los resultados deben considerarse con cautela.

El presente estudio otorga información preliminar relevante al observarse la existencia de sentimientos de soledad y síntomas depresivos desde leves a moderados en promedio, entregando resultados que deberían profundizarse como consecuencias de la nueva realidad establecida en torno a la pandemia COVID-19, ya que estos resultados pueden asociarse a futuro con como dificultades en la salud física y mental, mayor probabilidad de presencia de conductas de riesgo y una menor calidad de vida.

Como limitaciones mencionamos que el grupo de estudiantes de Psicología podrían presentar un sesgo, por pertenecer al área de la salud mental, por lo que se sugiere estudiar a personas de otras carreras y Universidades.



Otra limitación fue la falta de diversidad en los participantes en cuanto a variables como edad, estado civil y personas con las que convive, lo cual limitó los resultados en torno a estas variables.



REFERENCIAS

- American Psychological Association (2010). *Principios Éticos de los Psicólogos y Código de la Conducta*. Recuperado el 27 de julio de 2020 de:
http://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ayala, M. y Tacuri, R. (2015). Análisis del Bienestar Subjetivo en estudiantes universitarios (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Beck, A.T. (1987) Cognitive models of depression. *J. Cogn. Psychother.* 1, 5–37
- Benke, C., Autenrieth, L., Asselmann, E., y Pané-Farré, C. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 293, 113462. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>
- Bruffaerts R., Mortier P., Kiekens G., Auerbach R., Cuijpers P., Demyttenaere K., Green, J., Nock M. y Kessler, R. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97-103.
DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.044
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología/Journal of Psychology*, 15(2), 30-42.
- Centeno, R. (2020). Niveles de soledad en adolescentes de dos colegios del Distrito Metropolitano de Quito (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Ecuador
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., y Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Conley, C., Kirsch, A., Dickson, D. y Bryant, F. (2014). Negotiating the Transition to College. *Emerging Adulthood*, 2(3), 195–210. DOI: 10.1177/2167696814521808



- Conley, C., Shapiro, J., Huguenel, B., y Kirsch, A. (2018). Navigating the College Years: Developmental Trajectories and Gender Differences in Psychological Functioning, Cognitive-Affective Strategies, and Social Well-Being. *Emerging Adulthood* 8(2), 1-15. <https://doi.org/10.1177/2167696818791603>
- Crawford, J., Butler-Henderson, K., Rudolph, J., Malkawi, B., Glowatz, M., Burton, R., ... y Lam, S. (2020). COVID-19: 20 countries' higher education intra-period digital pedagogy responses. *Journal of Applied Learning & Teaching*, 3(1), 1-20. doi: 10.37074/jalt.2020.3.1.7
- De Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., y Dykstra, P. (2006). Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
- Erikson, E. y Erikson, J. (2000). *El ciclo vital completado* (pp. 66-71). Barcelona, España: Paidós.
- Hawkley, L., y Cacioppo, J. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Education
- Holingue, C., Badillo, E., Riehm, K., Veldhuis, C., Thrul, J., Johnson, R., ... y Kalb, L. (2020). Mental distress during the COVID-19 pandemic among US adults without a pre-existing mental health condition: findings from American trend panel survey. *Preventive medicine*, 139, 106231. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106231>.
- Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., y Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* 47(3), 391–400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Kirzinger, A., Kearney, A., Hamel, L., Brodie, M., 2020. KFF Health Tracking Poll - Early April 2020: The Impact of Coronavirus on Life in America. Kaiser Family Foundation Health Reform.
- Lee, C., Cadigan, J., y Rhew, I. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health



- problems. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714-717.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>
- Luhmann, M., y Hawkley, L. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959. doi:10.1037/dev0000117
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H., Goldman-Mellor, S., Kepa, A., Moffitt, T., Odgers, C. y Arseneault, L. (2018). Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychological Medicine* 49(2), 268-277.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000788>
- Ministerio de Salud Pública (2015, abril 7). Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”. Recuperado de:
<https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Morocho, M. y Jara, H. (2017). Factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos, Azogues 2016. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Nicolaisen, M., & Thorsen, K. (2017). What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 126-158. DOI: 10.1177/0091415016655166
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2017, marzo 30). Depresión: hablemos, en el Día Mundial de la Salud 2017. Recuperado de:
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-19>



- 2019?gclid=CjwKCAjw_qb3BRAVEiwAvwq6VpwjaxanCAJhmkLEfJbDCYwFuBaITLmSbJlQ81SM5YpWrEnx93PqshoCm2IQAuD_BwE.
- Ortiz, L. (2018). Soledad y deterioro cognitivo (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Papalia, D. E., Martorell, G., y Duskin, R. (2017). *Desarrollo humano*. México DF, México: McGraw Hill Education.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Pfefferbaum, B. y North, C. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMp2008017
- Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M. y Verhagen, M. (2015). Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science* 10(2), 250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>.
- Romero, C. y Saavedra M. (2020). Prevalencia de depresión y factores asociados en estudiantes foráneos de la Carrera de Medicina en las universidades de Cuenca, 2019 (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of personality and social psychology*, 46(6), 1313.
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X., y Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. *Journal of medical internet research*, 22(9), e21279. DOI: 10.2196/21279
- Thomas, L., Orme, E., & Kerrigan, F. (2019). Student loneliness: The role of social media through life transitions. *Computers & Education*, 103754. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.103754>
- Usher, E., Golding, J., Han, J., Griffiths, C., McGavran, M., Brown, C., y Sheehan, E. (2020). Psychology Students' Motivation and Learning in Response to the Shift to Remote Instruction During COVID-19. DOI: 10.1037/stl0000256



- Ventura J. y Caycho, T. (2017). Validez y fiabilidad de la escala de soledad de Jong Gierveld en jóvenes y adultos peruanos. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 5. doi: 10.5872/psiencia/9.1.41
- Wang, J., Mann, F., Lloyd, B., Ma, R., y Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>.

**ANEXOS****Anexo 1****Escala de soledad De Jong Gierveld**

Indique si se identifica con las siguientes afirmaciones.

1	Siempre hay alguien con quien puede hablar de sus problemas diarios.	Sí	Más o menos	No
2	Echa de menos tener un buen amigo de verdad.	Sí	Más o menos	No
3	Siente una sensación de vacío a su alrededor	Sí	Más o menos	No
4	Hay suficientes personas a las que puede recurrir en caso de necesidad.	Sí	Más o menos	No
5	Echa de menos la compañía de otras personas.	Sí	Más o menos	No
6	Piensa que su círculo de amistades es demasiado limitado.	Sí	Más o menos	No
7	Tiene mucha gente en la que confiar completamente.	Sí	Más o menos	No
8	Hay suficientes personas con las que tiene una amistad muy estrecha.	Sí	Más o menos	No
9	Echa de menos tener gente a su alrededor.	Sí	Más o menos	No
10	Se siente abandonado a menudo.	Sí	Más o menos	No
11	Puede contar con sus amigos siempre que lo necesita.	Sí	Más o menos	No

**Anexo 2****Inventario de Depresión de Beck II****Inventario de Depresión de Beck II**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo
- 2. Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.

- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.



3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado

1. Siento que tal vez pueda ser castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1. He perdido la confianza en mí mismo.

2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores

3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.

1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2. Querría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.

1. Lloro más de lo que solía hacerlo

2. Lloro por cualquier pequeñez.

3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.



3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2^a. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual.

1. Estoy más irritable que lo habitual.

2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración



0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

**Anexo 3****Ficha sociodemográfica**

Edad	<div></div>
Sexo	Mujer _____ Hombre _____
Estado Civil	Soltero/ _____ Casado/ _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Unión libre _____
Ciclo que cursa	Primero Segundo_ Tercero Cuarto Quinto
Con quién vive	Solo/a _____ Con familiares _____ Con amigos _____ Con pareja _____ Otro: _____

**Anexo 4****Consentimiento informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Sentimientos de soledad y síntomas depresivos presentes en los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca durante la pandemia COVID-19, Cuenca, 2020.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Wilson Esteban Muñoz Vega	0104807276	Facultad de Psicología

¿De qué se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.
Introducción
El presente estudio se realiza debido a la situación actual de pandemia, en la que los individuos se ven más propensos a desarrollar dificultades de índole psicológica. En este contexto, los adultos jóvenes estudiantes universitarios, al ser un grupo vulnerable por se ante estas dificultades, la situación de aislamiento y crisis por la pandemia por COVID-19 propicia un escenario en el que será importante conocer las posibles consecuencias sobre la salud mental.
Objetivo del estudio
El estudio tiene como objetivo identificar los niveles de sentimientos soledad y síntomas depresivos en adultos jóvenes estudiantes universitarios de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca, y establecer si existe una relación entre estas medidas, además de otras variables de tipo sociodemográficas, tales como edad, sexo, estado civil, ciclo que cursa y con quién convive.
Descripción de los procedimientos
El procedimiento del estudio consiste en la aplicación de dos instrumentos estandarizados para la medición de soledad y depresión. Además, se utilizará un inventario de variables sociodemográficas con el fin de recolectar información respecto a características de los participantes. Posteriormente se analizarán los resultados de manera digital con procedimientos estadísticos para, finalmente, extraer conclusiones a partir de los resultados obtenidos.
Riesgos y beneficios
El presente estudio conlleva un riesgo inherente de quebranto de confidencialidad, a pesar de la naturaleza confidencial de la información proporcionada. En cuanto a los beneficios, la información que se obtenga puede aportar conocimiento relevante referente a los sentimientos de soledad y depresión que usted pudiera reportar. Es posible que no reciba estos beneficios de forma directa, pero la información obtenida puede aportar beneficios a otras personas.
Otras opciones si no participa en el estudio
Se le agradece la participación en este estudio que busca identificar la relación entre la soledad y depresión en estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de Cuenca. Si no desea participar, no está en obligación de hacerlo.

**Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995711022 que pertenece a Wilson Esteban Muñoz Vega o envíe un correo electrónico a wilson.munozv@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec